KLINIKUM CRAILSHEIM
Landkreis
Schwäbisch Hall

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Medizinischen Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg

DRG – Entgelttarif im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG bzw. § 14 BPflV gültig ab 01.09.2026

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

die Krankenhausleitung und alle Mitarbeiter/-innen heißen Sie herzlich willkommen. Gerne sind wir bemüht, alles zu tun, was zu Ihrer Genesung beiträgt. Wir wünschen Ihnen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen.
Das Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH ist ein Haus der Regelversorgung mit 185 Betten.

Das Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH berechnet ab dem 01.09.2026 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) und tagesbezogene Pflegeentgelte gem. § 7 Abs. 1 KHEntgG:

Das Entgelt für die allgemeinen vollstationären Leistungen der Landkreis Schwäbisch Hall Klinikum gGmbH richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sogenannte Diagnosis Related Groups =DRG) und die zugehörigen tagesbezogenen Pflegeentgelte abgerechnet. Entsprechend der DRG–Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD –10 - GM-Version 2026) und ca. 30.000 Prozeduren (OPS Version 2026) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch Faktoren wie z.Bsp. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung zu einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG–Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG–Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Landesbasisfallwert liegt bei 4658,78 Euro und unterliegt jährlichen Veränderungen.

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.

Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert für Aufnahmen ab dem 01.09.2026 beträgt 332,36 €, sodass gemäß § 15 Abs. 2a S.1 und 2 KHEntgG (i.d.F.d. MDK-RefG) für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs.1 S.1 Nr. 6a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs.4 S.5 KHG mit 332,36 € zu multiplizieren sind.

Bewertungsrelation * Landesbasisfallwert + Abrechenbare Belegungstage * Pflegebewertungsrelation * 332,36 EURO

Beispiel: DRG B79Z Schädelfraktur mit Liegedauer 3 Tage:

BWR	LBFW	Belegungstage	Pflege-BWR	Pflegeentgeltwert	Summe
0,541	4.517,37EURO	3	1,2804	332,36 EURO	3720,56 EURO

Beispiel: DRG I04Z Kniegelenksersatz mit komplizierender Diagnose mit Liegedauer 16 Tage:

BWR	LBFW	Belegungstage	Pflege-BWR	Pflegeentgeltwert	Summe
3,015	4.517,37EURO	16	0,8195	332,36 EURO	17977,77 EURO

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026) vorgegeben, welche vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsverordnung erlassen wurde. Parallel dazu wurden die für das Jahr 2026 anzuwendenden Abrechnungsbestimmungen nach § 17b Abs. 2 S. 1 KHG von Seiten des GKV-Spitzenverbandes sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Fallpauschalenvereinbarung 2026 – FPV 2026 vereinbart, welche hinsichtlich der einzelnen Entgelte auf die vom Bundesministerium per Rechtsverordnung festgesetzten Anlagen der DRG-EKV 2026 verweist.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs.1 und 2 FPV 2026

Der nach der oben beschriebenen DRG–Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG – spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (FPV 2026).

3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V

Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V unterfallen die in einem Katalog festgelegten Leistungen einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG), unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.

Die betreffenden Leistungen sind in der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils anwendbare Hybrid-DRG, welche mit einem festen Eurobetrag vergütet wird.

Beispiel:

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe

OPS-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.1	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus
G09M	Hybrid-DRG 1 der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm)	3.422,23 EURO	3.452,23 EURO
G24N	Hybrid-DRG 1 der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	2.711,39 EURO	2.741,39 EURO

Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung und der Überprüfung der Operationsfähigkeit mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsplanung und -vorbereitung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten entstandenen Aufwände abgegolten. Eine Abrechnung von weiteren Entgelten gemäß der nachfolgenden Ziffern, in Verbindung mit der Hybrid-DRG, ist somit ausgeschlossen.
Die Abrechnung der Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig.

Im Falle einer postoperativen Nachbehandlung kann eine um 30 EURO erhöhte Fallpauschale berechnet werden.

Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2026

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2026 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2026 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2026 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

5. Entgelte für neue Untersuchungs-und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs.2 KHEntgG zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab. Auf Wunsch teilen wir Ihnen diese Entgelte gerne mit.

6. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2026 noch nicht von den DRG – Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende tagesbezogenen Entgelte je Berechnungstag vereinbart:

- DRG B61B Bestimmte akute Erkrankungen u. Verletzungen des Rückenmarks 121,70 EURO

Bei der Abrechnung oben genanntem fall- bzw. tagesbezogenem Entgelt wird dieses zunächst um die tagesbezogenen Pflegeentgelte gekürzt und diese auf der Rechnung separat ausgewiesen.

7. Entgelte für die vor – und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V

Gemäß § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

a) vorstationäre Behandlung:

1.	Innere Medizin/ Gastroenterologie	EUR	164,64
2.	Kardiologie	EUR	156,97
3.	Orthopädie	EUR	133,96
4.	Allgemein- und Visceralchirurgie	EUR	100,72
5.	Unfallchirurgie	EUR	82,32
6.	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	EUR	119,13

b) nachstationäre Behandlung:

1.	Innere Klinik	EUR	53,69
2.	Allgemein- und Visceralchirurgie	EUR	17,90
3.	Unfallchirurgie	EUR	17,90
4.	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	EUR	22,50

Gemäß § 8 Absatz 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

8. Zuschläge / Abschläge nach KHEntgG und KHG

Berechnung der Zuschläge je vollstationärem Fall:

a)	DRG – Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG in Höhe von	1,59 Euro
b)	Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V in Höhe von	3,12 Euro
c)	Qualitätssicherungszuschlag nach § 17b Abs.1 Satz 5 KHG in Höhe von	0,84 Euro
d)	Kombinierter Ausbildungszuschlag gem. §§ 17 bzw. 9 KHG und § 33 Abs. 3 PflBG für Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen in Höhe von	330,46 Euro
e)	Zuschlag für die Finanzierung der strukturieren Notfallversorgung gem. § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG	16,51 Euro
g)	Zuschlag Telematikinfrastruktur gem. § 291a Abs. 7a SGB V	28,85 Euro
i)	Zuschlag Implantateregistermeldung nach §17b Abs. 1a Nr 9 KHG	18,24 Euro

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonennach §17b Abs. 1a Nr. 7 KHG in Höhe von 60,00€pro Tag.

Berechnung eines Abschlages:

a) Abschlag nach § 9 Abs. 1aNr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung in Höhe von einmalig 280 Euro

9. Weitere Zu- und Abschläge

auf die abgerechnete Höhe der DRG - Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs.1 KHEntgG:

a) Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus 16 %
b) Zuschlag zur Sicherung der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 5 Abs. 3k KHEntgG 11,692%
c) Abschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung 5,27%
d) Zuschlag für Sofort-Transformationskosten gem. § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG 3,25%

10. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus aufgrund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgendes Zusatzentgelt ab:

a) Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab 01.05.2023 30,40 EURO

b) Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021 11,50 EURO

11. Entgelte für sonstige Leistungen

c) Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

d) Das Krankenhaus berechnet:
für die Vornahme der Leichenschau, die Ausstellung einer Todesbescheinigung 110,51 Euro
für die Unterbringung im Leichenhaus und Kühlung berechnet das Krankenhaus
incl. 19% Umsatzsteuer 109,49 Euro

12. Unterrichtung des Patienten gemäß § 305 Abs. 2 SGB V

Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs.1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

13. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG):

13.1 Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen" kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs.3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im

Rahmen der vollstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Die ärztlichen Leistungen der Fachabteilungen werden von den liquidationsberechtigten Ärzten gesondert berechnet. Die Liquidation erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung.

Nach § 6A GOÄ/§ 7 GOZ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschläge von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Absatz 2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Absatz 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht.

Liquidationsberechtigt sind:	Ärztliche Abteilung:	Vertretung:
Dr. med. G. Abendschein	Allgemein-, Visceralchirurgie Gefäßchirurgie	OA Dr. med. F. Dunca
Klinik für Innere Medizin I Prof. Dr. med. A. Bauer	Interventionelle Kardiologie Interventionelle Rhythmologie Angiologie Device Implantation	SL Dr. med. B. Pfeiffer OA Dr. P.E. Bruvers OA K. Alhariri OA Dr. P. Oursin
Weitere Wahlärztin: Dr. med. B. Pfeiffer	Kardiomyopathien und kardiale Bildgebung	Prof. Dr. med. A. Bauer
Klinik für Innere Medizin II Dr. med. B. Braun	Gastroenterologie	OÄ. H. Sawitzki
Klinik für Innere Medizin III Dr. med. N. Andrejew	Geriatrie	OÄ. I. Iusifova
Dr. med G. O. Stohlmann	Anästhesie	OA W. Reikow
Dr. med. R. Goerner	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	OA H. A. Ibrahim
Dr. med. J. Rossek	Orthopädie	OA R. Klein
SL R. Klein	Unfallchirurgie	Dr. med. J. Rossek
Prof. Dr. R. Tomczak	Magnetresonanztomographie und Röntgen	Dr. med. S. Sauernheimer
Dr. med. S. Sauernheimer	Computertomographie und Mammographie	Prof. Dr. R. Tomczak

Informationen zu unseren Belegabteilungen:

Dr. G. Gropper	HNO-Klinik
Dr. F. Zumbil	HNO-Klinik

Ärztlich geleitete Einrichtungen:

Dr. J. Völker	Institut f. Laboratoriums- u. Transfusionsmedizin	OA Dr. Rüppel

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

13.2. Unterkunft, Telefon, Fernsehen

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

13.2.1. Unterbringung in einem **1-Bett-Komfort-Zimmer** nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Abteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Gynäkologie CSO1	Exklusive Ausstattung Siehe Information zur Wahlleistungsvereinbarung	140,00 EUR
Geriatrie CSO2	Hochwertige Ausstattung Siehe Information zur Wahlleistungsvereinbarung	140,00 EUR
1-Bettzimmer CSO3 WLA-Station	Hochwertige Ausstattung Siehe Information zur Wahlleistungsvereinbarung	200,00 EUR

13.2.2. Unterbringung in einem **2-Bett-Komfort-Zimmer** nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Abteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Geriatrie CSO2	Hochwertige Ausstattung Siehe Information zur Wahlleistungsvereinbarung	80,00 EUR
CSN2B CSN3B	Hochwertige Ausstattung Siehe Information zur Wahlleistungsvereinbarung	80,00 EUR

13.3. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson/Pflegekraft/Hotelleistungen:

- bei medizinischer Notwendigkeit EUR 60,00 je Tag
- auf eigenen Wunsch (keine medizinische Notwendigkeit) EUR 70,00 je Tag inkl. 7% Mehrwertsteuer
- auf eigenen Wunsch (keine medizinische Notwendigkeit)
  - Familienzimmer EUR 80,00 je Tag inkl. 7% Mehrwertsteuer
- jeder weitere Tag ab dem aus medizinischer Sicht möglichen Entlasstag.
  (z.B. bei fehlendem Pflegeheimplatz oder Unterberingung im Hotelzimmer):
  - ohne pflegerischer Leistung EUR 100,00 je Tag inkl. 7% Mehrwertsteuer
  - mit pflegerischer Leistung EUR 300,00 je Tag
  - 1-Bett Hotelzimmer EUR 100,00 je Tag inkl. 7% Mehrwertsteuer
  - 2-Bett Hotelzimmer pro Person EUR 80,00 je Tag inkl. 7% Mehrwertsteuer

13.4. Multimediacenter:

• Telefon inkl. aller Gesprächseinheiten pro Kalendertag	EUR	3,00 incl. 19% Mehrwertsteuer
• Fernsehen pro Kalendertag	EUR	3,00 incl. 19% Mehrwertsteuer
• Internet / WLAN pro Kalendertag	EUR	3,00 incl. 19% Mehrwertsteuer
• Kopfhörer	EUR	1,50

14. Belegärzte

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

15. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus von gesetzlich versicherten Patienten ab 18 Jahren von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an eine Zuzahlung für höchstens 28 Kalendertage pro Jahr ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit EURO 10,00 je Kalendertag (§61 S.2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

Der Eigenanteil ist bei der Abmeldung in der Patientenaufnahme oder am Empfang zu entrichten. Das Krankenhaus muss den Zuzahlungsbetrag an der Rechnung für die Krankenkasse in Abzug bringen.
Ausgenommen sind Patienten mit berufsgenossenschaftlicher Behandlung, Wöchnerinnen bei stationärer Aufnahme zur Entbindung, sowie Heilfürsorgeberechtigte.

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

16. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2026 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2026 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2025 zusammengefasst und abgerechnet.

17. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.09.2026** in Kraft.
Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.08.2026 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Patientenmanagements gerne zur Verfügung.
Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG–Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.
Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Crailsheim, den 01.09.2026



Werner Schmidt

Geschäftsführer